



## Formulaire de Demande d'Inscription 2016 Programme d'Autorisation spéciale pour Autistes

Service pour Autistes, Département d'Aide au Développement (DDS)

**VEUILLEZ TAPER LES INFORMATIONS OU LES ÉCRIRE LISIBLEMENT À L'ENCRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

Nom de l'enfant	
Date de naissance de l'enfant	
Numéro de Sécurité sociale de l'enfant - REQUIS	
Numéro MassHealth de l'enfant	
Type d'assurance : <i>(Standard, Premium Assistance, CommonHealth, etc.)</i>	
Sexe de l'enfant : masculin ou féminin	
Adresse postale	
Ville, Code postal	
Nom du parent / tuteur	
Quelle est votre langue préférée pour parler de votre enfant ?*	
Dans quelle langue préférez-vous recevoir la documentation écrite au sujet des soins reçus par votre enfant ?*	
Numéro de téléphone d'un des parents (portable et autre)	
Adresse courriel d'un des parents	

*\*Des services de traduction et d'interprétariat sont offerts gratuitement aux participants.*

**Vous devez pouvoir présenter un diagnostic écrit d'un médecin ou d'un psychologue au sujet des troubles du spectre autistique.**

L'enfant a-t-il un diagnostic avéré de troubles du spectre autistique ?  OUI  NON

Veuillez indiquer tous autres troubles de nature médicale, cognitive ou psychiatrique dont souffre votre enfant :

***Je soussigné(e), parent/tuteur de l'enfant susnommé, déclare avoir fourni des informations exactes et vraies, pour autant que je sache, en remplissant ce formulaire.***

Signature du parent/tuteur (requis) :

Date :

**Comment participer au processus de qualification :**

***SEULEMENT UNE DEMANDE PAR ENFANT*** – Toute demande multiple sera rejetée.

**Soumission du Formulaire de Demande d'Inscription par courrier régulier :**

- Toute demande d'inscription doit être marquée d'un cachet de la poste daté du 17 au 31 octobre 2016.
- Veuillez remplir le formulaire de demande à l'encre et écrire lisiblement en caractères d'imprimerie.
- Merci d'expédier le formulaire à l'adresse ci-dessous (*le Service pour Autistes ne pourra pas accepter des formulaires envoyés par porteur*):

**AUTISM DIVISION of DDS, Att. Autism Waiver Program Open Enrollment  
500 Harrison Avenue, Boston, MA 02118**

**Soumission du Formulaire de Demande d'Inscription par courrier électronique :**

- Toute demande d'inscription doit être adressée à [AutismDivision@state.ma.us](mailto:AutismDivision@state.ma.us).
- La demande d'inscription doit être expédiée **entre le 17 et le 31 octobre 2016**.
- **La demande d'inscription doit être expédiée personnellement par un parent ou tuteur.**
- Le formulaire d'inscription peut être rempli électroniquement ou écrit à l'encre en caractères d'imprimerie, puis converti en format électronique par un scanner pour être expédié par courriel.
  - Les formulaires expédiés en annexe peuvent l'être dans l'un des formats suivants : PDF (de préférence) ou JPG à condition d'être tout à fait lisibles.
    - Pour l'expédition par téléphone cellulaire multifonctions (smartphone) ou par tablette, télécharger sans frais l'application scanner et expédier en format PDF.